

Commission sur
l'avenir des soins de santé
au Canada



Commission on the
Future of Health Care
in Canada

ÉTUDE N° 10

Financement et production des services de santé : perspectives et voies de solution

par

Jean-Luc Migué

The Fraser Institute



août 2002

Les opinions exprimées dans ce document demeurent l'entière responsabilité de l'auteur et ne reflètent pas nécessairement celles de la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada.

Le générique masculin sera utilisé uniquement dans le but d'alléger le texte.

Table des matières

Points saillants	iv
Sommaire	v
État de la situation	1
I. Sources de fonds possibles	2
Injection de ressources publiques et fiscalité	2
Transferts fédéraux liés à la croissance de la population âgée	3
Réformes de la structure de l'industrie de la santé	4
Prélèvement de primes d'assurance publique	6
Tarification par l'incorporation des services au revenu imposable	6
Tarification par l'octroi de déductions du revenu imposable ou de crédit sur l'impôt à payer	7
II. Principes et valeurs sous-jacents au régime en place	9
Considérations matérielles prétendument inadmissibles ?	9
Gratuité, gage de souveraineté de l'utilisateur ?	10
Gratuité, symbole de compassion ?	10
Tarification des services, obstacle à l'accès universel ?	11
Égalitarisme, gage d'équité ?	12
Monopole public de production, gage d'accès universel ?	12
III. Régime en place et efficacité	14
Incitations sur les patients consommateurs	14
Incitations sur les médecins	14
Incitations sur les hôpitaux, les unités de services	14
IV. Frais d'administration du régime actuel et du régime optimal	15
V. Avenue prometteuse : caisses individuelles d'épargne santé ou son équivalent, le crédit d'impôt	16
Évaluation	17
Expérimentation	18
VI. Compatibilité avec la <i>Loi canadienne sur la santé</i>	20
VII. Conclusion	22
Références	23

Points saillants

L'auteur passe d'abord en revue les sources concevables de financement, soit l'injection de fonds publics, le préfinancement de la part fédérale en fonction de la croissance de la population âgée de chaque province, le contrôle des coûts par de simples modifications à la structure de l'industrie canadienne des soins, le prélèvement de primes d'assurance publique qui ne sont qu'une modalité du régime fiscal, l'incorporation partielle de la valeur des services de santé au revenu imposable de l'individu qui les consomme, l'octroi à l'utilisateur d'un crédit qui se soustrairait à son impôt personnel. Ce crédit serait réduit de la valeur des services consommés par lui dans l'année. Cette dernière formule s'assimile dans sa substance au fonds individuel d'épargne santé.

L'auteur exprime l'avis que les incitations qui s'exercent sur tous les agents du système sont à changer. On a supprimé les choix individuels et la production privée, on a supprimé le profit qui est la récompense de l'innovation, on a criminalisé le capital privé, et on déplore ensuite que le régime de santé manque d'investissement, qu'il ne soit pas novateur.

Dans une deuxième étape, l'auteur est amené à réfléchir sur les valeurs fondamentales associées au régime canadien. Parmi les mythes soumis à sa critique, l'auteur relève le postulat que les considérations financières ne doivent pas intervenir dans la décision des gens de consommer des services. Il rejette aussi les postulats voulant que la gratuité formelle, c'est-à-dire la non-tarifcation, confère la liberté de choix aux patients-consommateurs, que la gratuité au consommateur et le transfert du fardeau à la fiscalité générale soient le symbole de la justice sociale, que la tarifcation des services interdise de garantir l'accès à tous. L'épouvantail du régime à deux vitesses traduit cette vision des choses. L'auteur critique aussi l'égalitarisme sous-jacent au régime et enfin la liaison que l'on fait entre accès universel et production en monopole public.

Dans une autre étape, l'auteur pose que dans les conditions présentes le régime n'exerce pas les incitations favorables sur les agents du système.

L'auteur évalue enfin une avenue prometteuse, qui résiderait dans l'accumulation par les individus de fonds personnels d'épargne santé non imposables ou financés par les budgets publics, ou son équivalent, l'octroi d'un crédit déductible de l'impôt personnel. La dimension essentielle de cet aménagement est que le fonds appartient à l'individu et qu'ainsi il est le bénéficiaire ultime de la parcimonie avec laquelle il aurait géré son fonds de santé ou son crédit d'impôt. Les offreurs de services publics et privés recevraient leur financement des patients, mais indirectement du gouvernement.

L'auteur estime enfin que l'implantation d'un régime de fonds d'épargne santé financé par le trésor public (ou le crédit d'impôt) n'entre vraisemblablement pas en conflit avec les principes d'universalité, d'accessibilité, de portabilité ou d'administration publique, puisqu'il ne s'agit que de modalités de financement public.

Sommaire

Modalité de financement

L'auteur passe d'abord en revue les sources concevables de financement. Concernant l'injection de fonds publics, il estime que le gonflement des budgets publics et l'alourdissement fiscal ne sauraient remédier aux lacunes du régime. Il n'y a pas de relation observable entre le budget public par tête et la longueur des files d'attente.

Le préfinancement de la part fédérale en fonction de la croissance de la population âgée de chaque province offrirait l'avantage d'atténuer le poids des transferts intergénérationnels associés au vieillissement des *baby boomers*. Mais si le préfinancement se recommande, pourquoi ne pas en favoriser l'émergence dans la population elle-même ? On l'a fait pour résoudre une question du même ordre avec les REÉR. À la limite, la notion de fédéralisme et de responsabilité provinciale se dissout.

Nombre d'analystes jugent illusoire de croire que le contrôle des coûts n'appelle que des réformes managérielles et de simples modifications à la structure de l'industrie canadienne des soins. Ce sont les incitations qui s'exercent sur tous les agents du système qui sont à changer. Dans le débat avec les provinces sur l'allocation des fonds fédéraux dans le cadre de l'union sociale, le ministre fédéral entendait conditionner sa magnanimité avec les fonds publics à l'implantation par les provinces de réformes structurelles. Un autre plan grandiose, évocateur des *grands projets de société* des années 60, émane du rapport de la Commission Clair.

Une étude plus spécifique et plus récente de la structure institutionnelle reproche au système public actuel de rémunérer séparément chaque composante du processus de production, sans considération des exigences d'intégration entre l'autorité publique, les hôpitaux, les médecins à l'hôpital et les médecins de première ligne. La démarche vise essentiellement à susciter l'avènement d'un « marché intérieur » de services et ainsi à restaurer de bonnes incitations chez certains agents. Mais si les incitations associées traditionnellement au fonctionnement d'un marché sont si souhaitables, pourquoi se contenter d'imitations ? Le fait est qu'on a écarté les choix individuels et parfois la production privée, on a supprimé le profit qui est la récompense de l'innovation, on a criminalisé le capital privé, et on déplore ensuite que le régime de santé manque de fonds et d'investissement, qu'il ne soit pas novateur.

Lorsqu'il s'agit des primes d'assurance publique, dans la mesure où elles ne sont aucunement liées à l'usage des services, la formule doit être perçue comme une modalité du régime fiscal général, une sorte de capitation, plutôt qu'un tarif ou un prélèvement sur les services de santé.

On a aussi proposé d'incorporer partiellement la valeur des services de santé obtenus au revenu imposable de l'individu qui les consomme. Une autre modalité prévoirait l'octroi à l'usager d'un crédit qui serait soustrait de son impôt personnel. Ce crédit serait réduit de la valeur des services consommés par lui dans l'année. Cette dernière formule s'assimile dans sa substance au fonds individuel d'épargne santé, en ce que le crédit constitue essentiellement une allocation non imposable pouvant servir à éponger les frais des services de santé.

Les multiples formules de financement examinées susciteraient sans doute une certaine prise de conscience chez les consommateurs, mais ne changeraient pas les incitations regrettables qui s'exercent sur les offreurs que sont les médecins, les hôpitaux et les autres unités de services, et sur les politiciens eux-mêmes.

Valeurs sous-jacentes au régime

Dans une deuxième étape, l'auteur est amené à réfléchir sur les valeurs fondamentales associées au régime canadien. Un premier postulat du régime pose que les considérations financières ne doivent pas intervenir dans la décision des gens de consommer des services. Le patient serait ignorant de ses besoins médicaux et le traitement médical revêtirait un caractère strictement professionnel et scientifique. Or, en tant qu'individus, nous différons les uns des autres dans nos dispositions à prendre des risques avec notre santé. L'incertitude qui préside au choix du traitement exclut aussi le traitement standard unique et incontournable. Le marché a sa place dans les soins de santé.

Un deuxième postulat du régime en place pose que la gratuité formelle, c'est-à-dire la non-tarifification, confère la liberté de choix, la souveraineté, la suprématie aux patients-consommateurs. En réalité, dans notre régime, c'est l'appareil politico-bureaucratique qui détermine l'allocation des ressources et la capacité du système.

Une tradition toute canadienne veut que la gratuité au consommateur et le transfert du fardeau à la fiscalité générale soient l'expression de la volonté populaire, le symbole de la justice sociale, l'expression du sens de la compassion qui anime l'âme canadienne. Mais le marché est aussi le reflet puissant des valeurs sociales. En réalité, l'affection apparente de la population pour la médecine socialisée repose moins sur le noble idéal de la compassion que sur le souci du grand nombre d'accéder aux services illimités aux frais des autres.

Autre mythe courant : la tarification des services interdirait de garantir l'accès à tous. L'épouvantail du régime à deux vitesses traduit cette vision des choses. Il contredit pourtant la théorie et l'expérience. En favorisant la croissance d'une capacité supplémentaire privée, la plupart des pays sont parvenus à atténuer la pression des coûts sur le régime public. Et ce sont les individus des classes socio-économiques inférieures qui y ont souvent le plus gagné.

On peut également affirmer que l'égalitarisme sous-jacent au régime est immoral, en ce qu'il récompense cette fraction de la population qui ne témoigne d'aucun souci des conséquences de son mode de vie néfaste sur sa santé.

Dans un autre mythe largement répandu, on associe généralement l'accès universel à la production en monopole public. Or il n'existe aucune relation entre la finalité recherchée, soit l'accès de tous aux soins, et d'autre part l'instrumentation qu'est la production publique monopole. Le financement se dissocie de la production.

Incitations et efficacité

Dans une autre étape, l'auteur pose qu'un régime efficace doit exercer les incitations favorables sur tous les agents du système. Dans les conditions présentes, on n'observe pas ce résultat.

La gratuité suscite de la part des usagers une demande excessive et inefficace de services. Pour être parvenu à intégrer dans une même démarche la production de services et l'assurance santé, le *managed care* a réussi à freiner les abus des usagers et à susciter des comportements désirables chez les offreurs.

Voie prometteuse

L'accumulation par les individus de fonds personnels d'épargne santé non imposables ou financés par les budgets publics, ou son équivalent l'octroi d'un crédit déductible de l'impôt personnel. La dimension essentielle de cet aménagement est que le fonds appartient à l'individu et qu'ainsi il est le bénéficiaire ultime de la parcimonie avec laquelle il aurait géré son fonds de santé ou son crédit d'impôt. Les offreurs de services publics et privés recevraient leur financement des patients, mais indirectement du gouvernement. En ce sens, la formule influe sur l'offre tout autant que sur la demande.

La formule s'avère répandue dans des économies aussi diverses que Singapour, la Chine, l'Afrique du Sud et les États-Unis. Les Américains ont déjà amorcé des expériences de cette formule à la fois au niveau public et au niveau des entreprises.

Compatibilité avec la *Loi canadienne sur la santé*

L'implantation d'un régime de fonds d'épargne santé financé par le trésor public (ou le crédit d'impôt) n'entre vraisemblablement pas en conflit avec les principes d'universalité, d'accessibilité, de portabilité ou d'administration publique, puisqu'il ne s'agit que de modalités de financement public. Dans sa version financement par les fonds publics, elle ne prélève pas de tarifs directement sur les usagers.

État de la situation

Sans en faire l'examen méthodique, nous prenons pour acquis tout au long de l'étude que le régime en place souffre de lacunes irrémédiables, qui s'expriment dans les dimensions suivantes. Les files d'attente sont longues et s'allongent (Walker et Wilson 2001). L'impact de cette lacune sur le bien-être et la santé de la population est réel (Statistique Canada 2001; North American Association of Central Cancer Registries 2001). L'accessibilité reste inégale, nonobstant les prétentions officielles. La qualité et la quantité des soins (temps d'attente, accès aux médecins, aux spécialistes, aux unités de soins et aux médicaments, espérance de vie, taux de chirurgie, taux de survie, intérêt et respect accordés aux patients, traitement obtenu à l'étranger, composition des services offerts, traitement réservé aux militaires, aux gens dotés de bons contacts et aux leaders politiques) varient selon les régions et selon les revenus (Canadian Institute for Health Information 2001; Solomon 1998; *National Post* 1999; Statistique Canada 2001; et Blendon 2000). L'accès aux technologies de pointe est limité (OCDE 2001; Blendon 2000). Le délestage de services se poursuit pour des considérations budgétaires. La pénurie de personnel qualifié est généralisée (Canadian Institute for Health Information 2001).

I. Sources de fonds possibles

Les sources concevables de financement ne sont pas illimitées. On peut hausser les taxes et injecter des fonds publics supplémentaires, modifier la formule de transferts du fédéral aux provinces de diverses façons, par exemple en préfinançant ces transferts et en les liant à la croissance de la population âgée de chaque province, contrôler les coûts en modifiant la structure de l'industrie de la santé, prélever des primes d'assurance (accrues dans certaines provinces). Enfin, l'utilisateur peut être amené à supporter une partie du coût des services qu'il consomme selon au moins quatre méthodes différentes.

Injection de ressources publiques et fiscalité

La Commission a sagement demandé une analyse d'options pour d'autres sources de revenus que cette première hypothèse. Le gonflement des budgets publics et l'alourdissement fiscal ne sauraient remédier aux lacunes du régime. Ce diagnostic un peu sombre concorde avec l'enseignement offert par les études récentes commanditées par les gouvernements de l'Alberta, de l'Ontario et du Nouveau-Brunswick, et par les rapports préliminaires du Comité sénatorial sur les soins de santé et le rapport intérimaire Romanow de février 2002.

Quoi qu'il en soit, le fait est établi : il n'y a pas de relation entre le budget public par tête et la longueur des files d'attente. On n'observe aucune relation entre l'évolution des dépenses publiques de santé et le nombre de procédures par tête (Zelder 2000). A titre d'illustration, la Saskatchewan occupe le troisième rang en dépenses par tête, et pourtant le temps d'attente entre la référence d'un médecin et le traitement s'élevait à 34,5 semaines en l'an 2000 (à 14,0 semaines en moyenne au Canada). Tout se passe sous le régime actuel comme si l'injection de ressources ne faisait que se diluer en salaires supplémentaires, en prix accrus, ou en usages divers sans bénéfices pour les usagers.

D'injecter des ressources dans un régime aux incitations perverses ne peut qu'empirer les choses. Or le gonflement des budgets ne change rien aux incitations du régime. Au mieux, il ne fait qu'accorder un sursis, surtout en regard de l'évolution démographique et technologique prévisible. La formule colmaterait le régime juste assez pour apaiser les critiques les plus bruyantes, pour maintenir la population à son seuil de tolérance.

Budgets publics de santé, source de prospérité économique ?

L'un des mythes entretenus au Canada veut que la lourdeur du fisc canadien relativement à celui de son voisin du sud provienne du financement du régime public de santé. Le financement public soustrairait les employeurs à l'obligation de porter le coût de l'assurance santé de leurs employés, et deviendrait ainsi une source d'attraction pour le capital et les travailleurs qualifiés (Romanow 2002). Cette interprétation ne résiste pas à l'analyse ni à l'examen attentif des faits. D'abord, ce sont les employés américains qui choisissent de recevoir leur rémunération en services de santé non imposables, plutôt qu'en salaires supérieurs. D'autre part, la lourdeur

accrue du fisc qu'en subit le Canada retombe finalement sur les épaules des Canadiens et ralentit la croissance.

Selon un récent rapport de l'OCDE (juin 2001), les gouvernements canadiens dépensent pour l'achat de biens et services 40,9 % de toute la production nationale (PIB). Les gouvernements américains pour leur part absorbent 29,4 % du PIB du pays. C'est donc dire que les gouvernements canadiens dépensent, en pourcentage du PIB, 39,1 % de plus que les gouvernements américains. Du côté de la fiscalité, les gouvernements canadiens extraient 44,3 % du PIB en revenus fiscaux, contre 31,6 % du côté américain. On en conclut que le fardeau fiscal canadien s'élève à quelque 40 % au-dessus de celui de nos voisins.

L'imputation de ces écarts au budget de santé impliquerait donc que le budget public de la santé soit de quelque 40 % supérieur à ce qu'il est aux États-Unis. Il n'en est pourtant rien. Au fait, les gouvernements du Canada affectaient 1 738 \$ par tête aux soins de santé en 1999. Les gouvernements des États-Unis pour leur part dépensaient 1 938 \$ par tête. Pourtant, les gouvernements américains affectaient 5,7 % du PIB aux soins de santé; les gouvernements canadiens, 6,6 %, différence minuscule de 0,9 %. L'impuissance du Canada à faire face à ses besoins de services découle pour une large part de son faible niveau de vie relatif à son potentiel.

Transferts fédéraux liés à la croissance de la population âgée

William Robson du C. D. Howe Institute (Robson 2001) propose de substituer aux subventions fédérales *ad hoc* actuelles une formule de transferts aux provinces liés à la croissance de la population de 65 ans et plus dans chacune des provinces, et en même temps d'accumuler dans un fonds fédéral spécifique une partie de ce budget futur de transferts (à raison de 3 000 \$ par personne de plus de 65 ans dans chaque province). Il estime la valeur actuelle des engagements futurs associés au vieillissement à quelque 530 milliards de dollars, soit à 50 % du PIB actuel ou à deux fois la valeur de la dette provinciale en cours. Comme l'exprime l'auteur, le préfinancement offrirait l'avantage d'atténuer le poids des transferts intergénérationnels associés au vieillissement des *baby boomers*.

Que la perspective d'un recours plus intense aux services de santé avec l'âge doive inspirer le souci d'épargner à la population active ne manque pas de sagesse. Le principe du *pay as you go* incorporé au financement public actuel est même en bonne partie à l'origine de la négligence implicite dont les gens font preuve dans les conditions présentes. La formule Robson, en réservant la tâche de préfinancement au gouvernement fédéral, confie la responsabilité à l'entité qui pendant 40 ans n'a pas jugé opportun de pratiquer cette imputation elle-même, ni de susciter dans la population les incitations désirables à l'épargne. En un mot, si le préfinancement est à recommander, comme c'est manifestement le cas, pourquoi ne pas en favoriser l'émergence dans la population elle-même ? On l'a fait pour résoudre une question du même ordre avec les REÉR.

D'autre part, est-il à recommander de fonder l'octroi futur de transferts à une province sur la proportion de vieillards qu'elle compte ? Si la réponse est oui, il conviendrait d'étendre la formule à toutes les fonctions partagées par les deux niveaux de gouvernement, dont l'enseignement supérieur (qui serait réglé sur le nombre de jeunes de 18 à 25 ans), l'assistance

sociale, le développement régional et, pourquoi pas, la voirie (transferts réglés sur l'étendue du territoire). À la limite, la notion de fédéralisme et de responsabilité provinciale se dissout. L'administration fédérale prend tout à sa charge, du moins toutes les fonctions à budget variable. L'analyse Robson constitue plus une étude du fédéralisme qu'une étude du financement de la santé.

Le projet Robson soulève aussi la question de l'impact de ce transfert massif sur les politiques des provinces et, partant, sur la croissance économique. La question de l'influence des programmes de péréquation et de partage des coûts ne manque pas de susciter le débat au Canada depuis quelques années. Si les provinces à population future plus jeune doivent subventionner les provinces plus vieillissantes, ne doit-on pas prévoir l'amplification des politiques provinciales anti-croissance qu'on associe historiquement aux autres formules de transfert ? Au minimum, il faut prévoir que la formule ne serait guère de nature à attirer les plus jeunes et les plus entrepreneurs dans les régions moins prospères.

D'autant que la formule Robson laisse non résolue la question de l'usage à faire des 185 à 190 milliards de dollars que produirait le compte de soins pour personnes âgées.

Réformes de la structure de l'industrie de la santé

Nombre d'analystes jugent illusoire de croire que les défaillances de notre régime n'appellent que des réformes managérielles et une meilleure planification. L'illusion qui a présidé aux réformes des années 90 voulait que la fermeture des hôpitaux et le contrôle du personnel suscitent de grandes économies, que la compression de l'offre supprime la demande excessive de services et qu'aucune conséquence défavorable n'en découle. La seule réforme supplémentaire à implanter était de transformer les médecins en fonctionnaires par la substitution du salaire à la rémunération à l'acte. On désigne cette évolution comme la prétention de pouvoir régler d'en haut l'offre sur la demande par le « micro management ».

Dans le débat avec les provinces sur l'allocation des fonds fédéraux dans le cadre de l'union sociale, le ministre fédéral entendait conditionner sa magnanimité avec les fonds publics à l'implantation par les provinces de réformes structurelles ! Les médecins, qui sont la porte d'entrée dans le système, seraient incités à former des cliniques de groupes, capables d'offrir des services 24 heures sur 24, de façon à détourner les patients « légers » de l'hôpital. Les médecins recevraient une capitation, allocation annuelle par patient, plutôt qu'un paiement à l'acte en retour de ses services. Enfin, deuxième mécanisme pour détourner les patients de l'hôpital, implantation d'un régime généralisé de soins à domicile.

Un autre plan grandiose, évocateur des *grands projets de société* des années 60, émane du rapport de la Commission Clair, qui a rendu sa version globale du grand soir en 400 pages au début de l'année 2000. Fort de la sagesse de quatre forums publics, de consultations auprès de 6 000 personnes (affront aux 7 366 448 autres individus qui, selon Statistique Canada, peuplaient le Québec en l'an 2000), le rapport s'est mérité des médias ensorcelés le qualificatif de « big bang » de la santé. Création incontournable de « groupes de médecine de famille », cabinets de médecins spécialisés définis comme « extensions de l'hôpital », régime d'assurance contre la

sénilité qui nous guette tous, jusqu'aux « corvées nationales » pour la mise à jour du parc technologique et immobilier des hôpitaux, le tout au service de la *solidarité*, faute de quoi nous sommes condamnés à retomber dans le bas individualisme à l'américaine, caractéristique du Québécois avant le régime de santé publique.

Une étude plus spécifique et aussi plus récente de la structure institutionnelle émane du C. D. Howe Institute (Donaldson, Currie et Mitton 2001). Les auteurs reprochent au système public actuel de rémunérer séparément chaque composante du processus de production, sans considération des exigences d'intégration entre l'autorité publique, les hôpitaux, les médecins à l'hôpital et les médecins de première ligne. Les hôpitaux n'ont pas le pouvoir de gérer les activités des médecins qui pourtant déterminent l'essentiel de l'allocation des services dans l'hôpital. Les médecins par ailleurs jouissent du pouvoir de combiner les ressources, mais, en vertu de leur mode de rémunération, sont dépourvus de la responsabilité (financière) qui les amène à optimiser la marche de l'institution. Leur solution : Doter les autorités régionales de santé d'une plus grande discrétion sur l'usage de leurs ressources, tout en amenant les hôpitaux et les autres offreurs à se concurrencer davantage. On pourrait ainsi convertir les hôpitaux en entreprises financièrement autonomes qui vendraient leurs services aux autorités régionales ou aux médecins de première ligne, en concurrence les uns avec les autres. Une autre formule consisterait à mettre le financement à la disposition du médecin de première ligne, qui à son tour « achèterait » les services de l'hôpital et d'autres offreurs. Les auteurs proposent enfin que, à l'image d'un vrai marché, l'intégration se fasse via le patient par le truchement de fonds individuels d'épargne santé.

À part cette dernière option, la démarche des auteurs vise essentiellement à susciter l'avènement d'un « marché intérieur » de services et ainsi à restaurer les bonnes incitations chez certains agents en introduisant des mécanismes qui ressemblent à ceux d'un marché pur. L'entreprise ne manque pas de sagesse et s'inspire d'un bon principe. Les auteurs jouissent d'une connaissance intime des rouages institutionnels. On ne peut douter que l'adoption de leurs consignes vaille une amélioration au régime.

Leur contribution incontestable à la connaissance des processus canadiens suscite deux questions de fond. La première, commune à la plupart des réformes proposées du financement et de la production publique, s'exprimerait en une phrase : Si les incitations associées traditionnellement au fonctionnement d'un marché sont si souhaitables, pourquoi se contenter d'imitations ? Les auteurs favorisent très lucidement l'injection d'*incentives* plus favorables, de formules substitués qui alignent plus directement les incitations des patients et des offreurs sur les exigences d'efficacité, sans opter pour la formule qui les inspire toutes, c'est-à-dire l'instauration d'un régime de marché explicite ? C'est leur souci de réalisme et du politiquement possible qui manifestement les inspire, tout autant que leur convictions en tant qu'économistes.

Par ailleurs, la démarche ambitieuse qu'ils font pose une autre question de plus grande envergure encore. Quelle est la structure optimale d'une industrie comme celle de la santé et surtout comment procéder pour la découvrir et l'implanter ? Comment se fait cette intégration dans un marché ? C'est le prix et la perspective de profits qui animent l'entrepreneur et l'amènent à se régler constamment sur les préférences, sur les technologies nouvelles, sur les modes de production et d'organisation les plus efficaces. Or ce processus de « destruction

créatrice » a été banni de l'industrie hospitalière. On a supprimé les choix individuels et la production privée; on a supprimé le profit qui est la récompense de l'innovation; on a criminalisé le capital privé, et on déplore ensuite que le régime de santé manque de fonds et d'investissement, qu'il ne soit pas novateur.

L'analyse et l'histoire ont démontré que le « *command and control* » d'une industrie entière, à la façon de l'ex-Union soviétique, relève de ce que le Lauréat Nobel Hayek appelait le *fatal conceit*, l'illusion, la prétention fatale – la prétention toute cartésienne de croire qu'une organisation centrale, fut-elle démocratique, soit capable d'obtenir toute l'information nécessaire pour intégrer les milliards de relations que cette tâche comporte –, la prétention de croire qu'on peut par des directives centrales aux filiales, aux administrateurs, reproduire le dynamisme de l'entreprise novatrice et efficace.

Sous le régime actuel, l'organisme central doit intégrer chaque hôpital de la province dans son schéma, prévoir les besoins de chaque région pour la prochaine génération, planifier l'ouverture et la fermeture de centaines d'installations, le tout en s'appuyant sur des modèles d'ordinateurs, sur des prédictions et autres mécaniques tirés de l'arsenal des planificateurs.

Prélèvement de primes d'assurance publique

S'offre aussi une autre voie : le prélèvement de primes supplémentaires d'assurance versées au régime public monopole, uniformes ou liées au revenu. C'est l'une des formules retenues par le gouvernement albertain à la suggestion du rapport Mazankowski. On comprendra que le prélèvement ou l'alourdissement des primes sont des formes de prélèvement fiscal qui affecteraient la distribution du fardeau, mais qui n'affecteraient pas les incitations qui s'exercent sur les patients-consommateurs et les autres agents producteurs du système. Dans la mesure où la prime n'est aucunement liée à l'usage des services, la formule doit être perçue comme une modalité du régime fiscal général, une sorte de capitation, plutôt qu'un tarif ou un prélèvement sur les services de santé.

Tarification par l'incorporation des services au revenu imposable

Dans une étude préparée par le C. D. Howe Institute (Aba, Goodman et Mintz 2002), trois auteurs proposent d'incorporer partiellement la valeur des services de santé obtenus au revenu imposable de l'individu (ou de la famille) qui les consomme. Plus le fardeau imposé au système par l'individu serait lourd, plus sa contribution au financement serait grande (plafond de 3 % du revenu, de zéro pour les revenus de moins de 10 000 \$). Au lieu de prélever un prix unique à tous les consommateurs de services comme le veut la pratique marchande, le prix implicite varierait selon le revenu du bénéficiaire du service. L'économiste désigne cette pratique comme une forme de « discrimination » (sans connotation morale) par le prix, l'élasticité de la demande étant plus faible aux niveaux supérieurs de revenu. Estimant que l'élasticité moyenne varie de 1,7 à 7,0 %, les auteurs calculent une économie globale de services de quelque 6,3 milliards de dollars en 2000. Le produit fiscal du prélèvement (estimé à 6,6 milliards) serait affecté à l'allègement de l'impôt personnel. La formule impliquerait évidemment la mise au point d'une forme de calcul

du coût des services, inexistante actuellement. La création d'un gigantesque *database* pour porter au compte de chaque usager contribuable la valeur des services consommés dans l'année s'imposerait (MacIntosh 2000). Doublée d'une carte à puce ou d'une carte de débit, qui enregistrerait l'étendue de la consommation de chacun, comme le suggère le rapport Mazankowski, cette valeur serait calculée comme revenu imposable (*dummy invoices*).

Tarification par l'octroi de déductions au revenu imposable ou de crédit sur l'impôt à payer

Dans un document présenté à une table ronde organisée par le C. D. Howe Institute à la demande de la Commission, deux analystes (Reuber et Poschmann 2002) évaluent l'incidence sur la consommation et sur les budgets publics de quatre modalités de prélèvement lié à l'usage via le régime fiscal. La première prélèverait un tarif par l'incorporation partielle de la valeur du service au revenu imposable. À cet égard, la formule correspond au régime examiné par Aba, Goodman et Mintz (ci-dessus). La deuxième modalité prévoirait l'octroi à l'usager d'une déduction de son revenu imposable, qui serait réduit de la valeur des services consommés par lui dans l'année. Dans une troisième version, c'est un crédit applicable à l'impôt à payer qui se substituerait à la déduction. On peut voir que cette dernière formule s'assimile dans sa substance au fonds individuel d'épargne santé, en ce que le crédit (disons de 1 000 \$) constitue essentiellement une allocation non imposable pouvant servir à éponger les frais des services de santé.

Les auteurs font méthodiquement (dans la mesure du possible à l'intérieur de ce qui peut n'être qu'hypothèses de travail) l'estimation de l'impact de ces différentes versions sur l'usage des services et sur l'économie fiscale par famille de l'Alberta et de l'Ontario.

Les multiples formules examinées susciteraient sans doute une certaine prise de conscience chez les consommateurs, mais ne changeraient rien aux incitations regrettables qui s'exercent sur les offreurs que sont les médecins, les hôpitaux et les autres unités de services, et sur les politiciens eux-mêmes. Elles ne feraient rien pour restaurer les vertus de la concurrence, de l'efficacité et de l'innovation. Elles risquent de donner mauvais goût au principe de la tarification.

Dans la mesure où l'État continue à se réserver le monopole de la production, le tarif ainsi introduit serait un prix politique, et donc arbitraire et dissocié du coût réel des services. À quels services l'appliquer, à quel niveau le fixer, à qui l'imposer ? Les combinaisons et les montants concevables sont infinis. On doit prévoir qu'il servirait à multiplier les faveurs aux clientèles privilégiées. Les frais modérateurs sont en principe supérieurs aux taxes générales, qui constituent des frais d'admission à une brochette indistincte de services, mais à condition de s'accompagner d'allègement fiscal correspondant.

Au-delà de l'opérationnalisation, la question de fond que suscite cette formule a trait à son application partielle aux seuls services de santé. Si la formule est efficace dans ce domaine, pourquoi ne pas l'étendre à tous les services divisibles offerts par le secteur public, l'éducation,

les voies publiques ? Pourquoi surtout s'en tenir à des mécanismes imparfaits, à des ersatz du véritable mécanisme qu'on cherche à imiter, le vrai marché ?

II. Principes et valeurs sous-jacents au régime en place

Le rapport intérimaire de la Commission Romanow nous invite instamment à réfléchir sur les valeurs fondamentales associées au régime canadien. En réalité, il n'est pas établi que les valeurs fondamentales diffèrent sensiblement entre les couches sociales du Canada. Tous, semble-t-il, se rallient à l'idée que l'accès universel aux services fait partie des objectifs essentiels. C'est sur les moyens de réaliser cette finalité que les divergences apparaissent.

La *Loi canadienne sur la santé* contient des principes explicites sur la relation entre les fins à rechercher et les moyens d'y parvenir. Elle énonce spécifiquement l'universalité, l'accessibilité, l'intégralité, la portabilité, et l'administration publique. Mais la Loi comporte aussi des principes implicites qu'on pourrait désigner comme les valeurs fondamentales implicites (*core values*) contenues dans les pratiques en vigueur.

Considérations matérielles prétendument inadmissibles ?

Un premier postulat de la Loi et du régime (implicite dans le monopole public de production, la non-tarification et la prohibition de l'assurance privée) pose que les considérations financières ne doivent pas intervenir dans la décision des gens de consommer des services. Cette option repose sur la supposition que le patient est ignorant de ses besoins médicaux et que le traitement médical revêt un caractère strictement professionnel et scientifique.

En tant qu'individus, nous différons les uns des autres dans nos dispositions à prendre des risques avec notre santé. L'immense variété des styles de vie que chacun adopte témoigne de cette diversité. Nous connaissons tous les dangers de la cigarette et d'autres activités, ainsi que les bienfaits de l'exercice régulier, du port de la ceinture, de l'alimentation faible en gras. Et pourtant nombreux sont ceux qui se montrent disposés à prendre des risques pour connaître les plaisirs et le confort d'activités « malsaines », quitte à le regretter plus tard. Peut-être n'est-il pas superflu d'ajouter qu'ici encore l'incertitude est grande sur la relation entre le comportement et le résultat.

Le régime postule aussi la nature scientifique et immuable du diagnostic et du traitement approprié. La procédure médicale deviendrait « médicalement nécessaire ». Or l'incertitude dans laquelle baignent les différentes technologies médicales est universelle. L'essentiel des frais de santé sert à réduire cette incertitude. Tests destinés à clarifier le diagnostic, procédures retenues par l'hôpital pour atténuer les risques du patient, traitements destinés à améliorer les perspectives à long terme du patient, autant de dépenses qui ont toutes pour objet de réduire l'incertitude du consommateur. Ce qu'on achète en santé, ce n'est pas surtout un résultat d'une valeur attendue donnée; c'est la réduction de l'incertitude qui nous accompagnera tout au long de la vie. D'où la naïveté de ceux qui rêvent de la solution technologique ultime. L'incertitude qui préside au choix du traitement exclut donc le traitement standard unique et incontournable.

Le corollaire de cette logique est qu'aussi longtemps que le soin médical implique la pondération de ces différents risques, des individus médicalement identiques choisiront des styles de vie différents, voudront obtenir des traitements différents et se montreront disposés à

affecter des budgets différents au contrôle de ce risque. Les incitations qui s'exercent sur les patients et sur les offreurs de services comptent dans les comportements.

Gratuité, gage de souveraineté de l'utilisateur ?

Un deuxième postulat de la Loi et du régime en place pose que la gratuité formelle, c'est-à-dire la non-tarifification, confère la liberté de choix, la souveraineté, la suprématie, l'*empowerment* aux patients-consommateurs. Sans contraintes financières, la population consommerait les services dictés par ses vrais besoins. En réalité, la gratuité restreint le choix et suscite l'irresponsabilité.

Dans notre régime, c'est l'appareil public qui détermine l'allocation des ressources et la capacité du système : le nombre de chambres d'hôpital, de cliniques, d'offeurs de services et la taille des hôpitaux, leur emplacement, l'étendue de leur équipement, l'échelle des traitements et la description des tâches, ainsi que les services qui y seront offerts, le nombre de médecins, décrété excessif en 1990 et insuffisant depuis quelques années et, en fin de compte, les budgets qui seront affectés à la santé.

L'appareil interdit aux patients de contracter avec les médecins et les autres offreurs pour obtenir un MRI, pour acheter de l'assurance et garantir la qualité des services, pour obtenir une appendicectomie d'un hôpital privé.

Ce n'est donc plus l'utilisateur qui décide de ses préférences, du budget ou du traitement; c'est l'appareil politico-bureaucratique par l'imposition de limites physiques à la capacité du système de produire des services. On peut donc dire à cet égard que le régime canadien est constitué des dix gigantesques HMO (Health Maintenance Organizations) que sont les provinces, qui filtrent la composition et l'étendue des services, et jouissent du monopole de production par-dessus le marché.

Gratuité, symbole de compassion ?

Le régime en place postule aussi que la gratuité au consommateur et le transfert du fardeau à la fiscalité générale sont l'expression de la volonté populaire, le symbole de la justice sociale à la canadienne, l'expression du sens de la compassion qui anime l'âme canadienne, en opposition à l'individualisme cruel des Américains.

Le marché, mécanisme d'expression des préférences

De postuler, comme le veut la pensée courante, que le processus politique est l'instrument exclusif et ultime pour révéler la volonté populaire, en matière de santé comme dans d'autres domaines, constitue la grande illusion de la pensée canadienne. Le marché est aussi le reflet puissant des valeurs sociales et il réalise cette finalité en garantissant le progrès économique, seul garant ultime de la réalisation des aspirations populaires. Le marché n'est sous le contrôle de

personne. Il est l'instrument par lequel les millions d'individus libres que nous sommes exprimons nos besoins, non pas les besoins que d'autres voudraient nous imputer. La plus grande satisfaction du soussigné serait d'avoir contribué à convaincre le commissaire Romanow de la fragilité de l'opposition qu'il établit entre marché et intérêt public. « Health care must be governed by the public interest, not markets », aurait-il soutenu (Romanow 2002).

Domination de la majorité

En réalité, l'affection apparente de la population pour la médecine socialisée repose moins sur le noble idéal de la compassion et sur la fidélité aux préférences générales, que sur le souci du grand nombre d'accéder à l'assurance santé illimitée aux frais des autres. Quand les gens appellent à l'alourdissement fiscal pour augmenter la capacité du système, c'est à l'alourdissement des taxes de leurs voisins, perçus comme plus riches qu'eux, qu'ils appellent. C'est souvent en conférant des bénéfices à la majorité sur le dos d'une minorité que la victoire électorale se gagne en régime de scrutin majoritaire. Dans une société où, comme c'est universellement le cas, la distribution du revenu est asymétrique (il y a plus de familles qui font un revenu inférieur à la moyenne qu'il y en a qui font plus que la moyenne), c'est-à-dire où la majorité fait un revenu (46 000 \$/année ou moins) inférieur à la moyenne (62 000 \$/année), c'est en étatisant de vastes pans de l'activité économique et en recourant au financement public qu'on gagne des élections. La nationalisation de l'industrie de la santé a valu à une majorité de votants un transfert de richesse de plus de 1 500 \$ par année, prélevé sur les familles à revenu moyen supérieur (Migué 2001).

Domination des groupes d'intérêt

Le régime repose aussi sur le pouvoir des groupes d'intérêt de se faire octroyer des transferts de richesse par l'État. La majorité est souvent silencieuse. Le décideur public visera à concentrer les bénéfices de ses politiques sur le petit nombre rassemblé dans des coalitions organisées (généralement des producteurs et des syndiqués) et à en diluer le coût sur le plus grand nombre (généralement des consommateurs ou des contribuables). Nous montrons ci-dessous en quoi la monopolisation publique suscite la monopolisation syndicale et le renforcement démesuré du pouvoir des grands syndicats. Ces derniers ne sont pas étrangers au fait que c'est dans des dimensions spécifiques que les dépenses de santé ont le plus augmenté, soit les dimensions les plus favorables à la promotion de leurs intérêts, au détriment par exemple des dépenses d'investissement et de médicaments (MacMahon et Zelder 2002).

Tarification des services, obstacle à l'accès universel ?

Un autre principe implicite incorporé à notre tradition veut que la tarification des services interdise la garantie d'accès à tous. Il s'agit d'un postulat qui contredit la théorie économique et l'observation. Les moins favorisés sont souvent les plus pénalisés par la détérioration du service. L'accessibilité universelle aux services est souvent confondue avec l'accès égalitariste et uniforme.

L'épouvantail du régime à deux vitesses traduit cette vision des choses. L'opposition au régime parallèle pose que les plus fortunés obtiendraient de cette façon des titres prioritaires sur les ressources du secteur. Elle pose aussi que la capacité de produire les services resterait fixe, inchangée, après l'implantation de tarifs. Mais, la richesse, l'activité, la production n'est pas un jeu à somme nulle. Dans une économie productive, l'accès des plus fortunés aux ressources n'enlève rien aux pauvres ni aux autres. En favorisant la croissance d'une capacité *supplémentaire* privée, la plupart des pays sont parvenus à atténuer la pression des coûts sur le régime public. Et ce sont les individus des classes socio-économiques inférieures qui ont souvent le plus gagné à la participation du secteur privé à la production de services. Le prétendu danger d'une évolution vers l'avènement d'un régime « à deux vitesses », où les soins de qualité sont réservés aux gens à l'aise, est un épouvantail, contraire à l'expérience de tous les pays. De bâtir un régime pour répondre aux particularités de 5 à 10 % de la population est la recette infallible pour frustrer les besoins de tous. Par la concurrence qu'elle suscite sur le réseau public, l'implantation d'un réseau privé exerce aussi des effets bénéfiques d'efficacité sur le réseau public.

Réserve : S'il est vrai que la concurrence forcerait les offreurs à se montrer plus attentifs aux préférences, aux coûts de production et aux innovations, cette concession au bon sens ne changerait pas essentiellement les incitations qui s'exercent sur les agents du réseau public, ni sur les usagers.

Égalitarisme, gage d'équité ?

Ce que les défenseurs du régime en place prônent, ce n'est pas l'accès universel mais l'accès égalitariste. On peut affirmer que l'égalitarisme sous-jacent au régime est immoral, en ce qu'il favorise l'adoption de comportements antisociaux et incompatibles avec l'accès universel. Le régime est manifestement immoral s'il traite également les usagers prudents, consciencieux et disciplinés, et les membres négligents, insouciantes et indisciplinés. C'est exactement ce que produit notre système en récompensant cette fraction de la population qui ne témoigne d'aucun souci des conséquences de son mode de vie néfaste sur sa santé. Le tiers de la population canadienne est obèse et impose ainsi un coût de 2 milliards de dollars à ses concitoyens; près du tiers aussi choisit de s'adonner au plaisir de la cigarette. On estime qu'une part importante des épisodes de rhume, de grippe, des maux de gorges et des diarrhées est imputable au peu de souci des gens de se laver les mains aux moments opportuns. Lorsque le temps viendra de recourir aux services de santé publique, les membres du dernier groupe auront autant de chances que les premiers d'accéder aux services.

Monopole public de production, gage d'accès universel ?

Dans un autre mythe largement répandu, on associe généralement l'accès universel à la production en monopole public. Or il n'existe aucune relation entre la finalité recherchée, soit l'accès de tous aux soins indépendamment de la richesse, et d'autre part l'instrumentation mise en œuvre qu'est la production publique monopole. Le financement se dissocie de la production.

Le souci des opposants au régime parallèle est non pas de maximiser le budget santé de la communauté et l'autonomie de l'utilisateur, mais bien le budget public. Cet aboutissement est la conséquence inéluctable de l'allocation à la majorité, combinée au monopole public (Epple et Romano 1996). On sait pourtant que la coexistence d'un régime public et privé élèverait la capacité et les budgets globaux de santé, tout en abaissant la pression sur les budgets publics. Le Canada reste l'un des seuls pays avancés du monde à imposer le monopole public en matière de services hospitaliers.

Monopolisation sectorielle et monopolisation syndicale

L'une des constantes observées dans l'histoire de la monopolisation veut que la cartellisation d'un secteur d'activité par la réglementation ou l'étatisation favorise la monopolisation syndicale, c'est-à-dire l'apparition d'un cartel des acteurs, soucieux de faire contrepoids à la concentration accrue de la structure de production. On prétend parfois que le monopole d'État sert au moins à contrôler les coûts. Les budgets publics ont en effet ralenti leur montée à certaines périodes, mais la composante travail ou budget salarial reste, elle, excessive. L'hôpital canadien moyen affecte environ 75 % de son budget global au salaire, à rapprocher de 55 % dans l'hôpital américain (McArthur 2000). Il convient de souligner cependant que la pratique des administrations publiques canadiennes est de ne pas comptabiliser intégralement l'amortissement des immobilisations. En tout état de cause, le sous-investissement du secteur reste une hypothèse documentée (MacMahon et Zelder 2002).

En même temps, les syndiqués non spécialisés dans les services de santé (entretien, électriciens, plombiers, etc.) touchent des salaires supra concurrentiels, supérieurs à leur contrepartie dans le marché. En comparant les salaires des syndiqués de l'hôtellerie et de la restauration à ceux des syndiqués d'hôpital, on découvre que les ouvriers d'entretien gagnent 17 % plus cher à l'hôpital, les peintres, 31 %, les cuisiniers, 32 %, les laveurs de vaisselle, 16 %, etc. (Esmail 2002).

Les négociations entre le monopole employeur et le monopole syndical donnent lieu à un affrontement constant sur le management et l'allocation des ressources. Les contrats qui en résultent constituent un obstacle permanent au professionnalisme des personnels médicaux et au rendement du personnel. On assiste à la « rigidification » des horaires et des classifications qui gênent la créativité et l'excellence. Les clauses d'ancienneté se substituent à la compétence dans l'avancement. Les règles d'évaluation sont adoucies, quand elles ne sont pas purement absentes et le congédiement pour incompétence exclu. L'échelle des salaires récompense l'âge plutôt que le talent, exclut souvent toute forme d'incitation à l'excellence et interdit à la direction de récompenser l'effort supplémentaire et le succès. Certains analystes estiment même que la production publique devient, dans ce contexte, non pas une activité au service de la population consommatrice, mais plutôt une machine à fabriquer des *jobs* et des conditions favorables aux syndiqués.

III. Régime en place et efficacité

Un régime efficace doit exercer les incitations favorables sur tous les agents du système. Dans les conditions présentes, ce résultat ne s'observe pas.

Incitations sur les patients-consommateurs

La gratuité suscite une demande excessive et inefficace de services, pouvant aller jusqu'à 45 %. Une hausse de 1 % des déboursés s'accompagne d'une baisse de 0,2 % de la consommation. (Enquête menée par la Rand Corporation [Newhouse 1993 ; Manning et coll. 1987] de 1971 à 1982, et mise à jour par M. Eichner [1997].) Les analystes retiennent, comme niveau d'élasticité de la demande, des valeurs qui vont de 0,2 à 0,7 (Aba, Goodman et Mintz 2002, p. 5). La dimension significative de ces résultats est que l'impact de la baisse de services sur la santé des patients tarifés reste nul. Les études du ministère de la santé américain confirment également que les personnes âgées jouissant de l'assurance publique *Medicare* et qui s'assurent en même temps par ce qu'on désigne le *Medigap*, dépensent 28 % de plus en frais médicaux qu'elles ne le feraient autrement.

Le caractère déterminant et souhaitable des considérations matérielles est aussi établi par le succès phénoménal de ce qu'on a qualifié de plus grande innovation institutionnelle médicale du XXe siècle : le *managed care* aux États-Unis. Pour être parvenu à intégrer dans une même démarche la production de services et l'assurance santé, le *managed care* a réussi à freiner les dépenses de santé et les abus des usagers. Ce régime réalise des économies variant de 10 à 40 % relativement aux plans d'assurance traditionnels, et il le fait sans compromettre la qualité des soins (Dranove 2000).

Incitations sur les médecins

Le régime de rémunération unique imposé aux médecins par le régime centralisé n'est pas de nature à atténuer la tentation des patients d'abuser du système. L'enquête Rand, de même que l'étude de Dranove (2000) sur les HMO révélaient que, dans les organisations de *managed care* qui prévoient la rémunération fixe des médecins, le budget de dépenses de santé par patient diminue de 28 %, relativement au régime de rémunération à l'acte. Le nombre d'admissions à l'hôpital et de jours d'hospitalisation baisse de 40 %. Et sans impact notable sur la santé respective des patients de chacun des régimes. Le régime incite le médecin à multiplier les tests de laboratoire dans son souci légitime de minimiser les risques. Le mode de rémunération ne favorise pas non plus la concentration du temps des médecins à la prévention et à l'adoption d'un mode de vie plus sain par le patient.

Incitations sur les hôpitaux, les unités de services

Nous avons fait ressortir le caractère illusoire de réformes purement managérielles, en l'absence d'incitations appropriées sur les gestionnaires d'hôpitaux.

IV. Frais d'administration du régime actuel et du régime optimal

Un régime à payeur unique est formellement plus simple; il implique moins de « brassage de papier ». La suppression de la concurrence partout simplifierait l'administration. Il en coûterait moins cher au distributeur d'essence s'il ne se trouvait qu'une station-service par quartier ou région, moins cher au supermarché, s'il n'existait qu'une variété de petits pois. Il en coûte vraisemblablement moins cher à la Société canadienne des postes. Pourtant, le dossier général des entreprises publiques ne laisse place à aucun doute de la performance relative des deux systèmes.

Que le régime américain suscite des coûts administratifs supérieurs n'est pas contesté (Canada : 0,11 % du PIB; États-Unis : 0,59 %). Le fait est que l'administration d'un monopole public (santé, éducation, poste) n'implique pas les mêmes activités administratives ni ne poursuit les mêmes buts qu'un ensemble d'entreprises concurrentielles. Songeons, par exemple, aux efforts d'information et de réclame déployés pour l'emporter dans la course concurrentielle. D'autres initiatives heureuses du régime concurrentiel consistent à suivre de plus près l'évolution des coûts, du gaspillage et des doublons. Les données cliniques sont aussi plus abondantes et servent à abaisser les dépenses de santé. En fait, il est connu que le Canada manque d'information sur l'utilisation des services cliniques et sur leur contribution à la santé des gens.

La minimisation des coûts administratifs n'est pas la finalité unique, ni même principale du régime. C'est l'efficacité générale du système qui importe.

V. Avenue prometteuse : caisses individuelles d'épargne santé ou son équivalent, le crédit d'impôt

Une fois le jugement accepté que le régime est difficilement récupérable dans sa forme actuelle, on peut songer à introduire des mécanismes, des incitations qui fassent que les agents du système en viennent à faire un usage plus économique des ressources qui seront affectées à la santé, et en même temps ouvrir l'industrie à la concurrence. En santé comme en tout autre domaine, les incitations comptent.

Les exigences d'efficacité et de sensibilité aux patients convergent vers une formule supérieure et qui concilie l'ensemble des finalités recherchées : l'accumulation par les individus de fonds personnels d'épargne santé non imposables ou financés par les budgets publics.

Le Consumer Policy Institute (2000)¹ et d'autres (dont Reuber et Poschmann 2002, le rapport Mazankowski et également le commissaire Romanow dans une entrevue au *National Post*) proposent l'octroi par le gouvernement aux individus et aux familles d'allocations publiques de santé (vouchers) qui varieraient suivant l'âge, le sexe et l'état de santé. L'allocation réservée aux très jeunes et aux très âgés serait plus forte en considération de leurs besoins plus grands de soins. L'allocation individuelle pourrait au départ être égale à une fraction de ce qu'il en coûte aujourd'hui pour les individus appartenant aux différents groupes d'âge, de sexe et d'histoire médicale. Supposons que l'allocation soit de 1 800 \$. Les premiers 1 800 \$ de frais effectifs seraient couverts par l'allocation. Les prochains dollars seraient à la charge des patients, jusqu'à un niveau à déterminer, au-delà duquel l'assurance catastrophe, publique ou privée, entrerait en jeu.² Le surplus non utilisé s'accumulerait en prévision de déboursés ultérieurs ou serait transférable à un fonds d'épargne retraite. Il pourrait aussi servir à l'achat de services de santé non assurés par le régime, tels les services dentaires, les médicaments ou les soins à domicile.

On comprend à la lumière de cette description que le fonds d'épargne santé financé par l'État équivaut à l'octroi d'un crédit d'impôt, en ce que ce crédit constitue une forme d'allocation non imposable pouvant servir à couvrir les soins de santé. Tous les contribuables dans cette version de la formule recevraient un crédit, disons de 1 800 \$, mais dont la valeur finale serait diminuée du montant des services de santé consommés dans l'année. Ce crédit constitue donc une forme d'allocation non imposable pouvant servir à couvrir les soins de santé. Cette version de l'allocation publique offre aussi l'avantage administratif de s'intégrer plus facilement au régime fiscal existant.

1 Les travaux techniques ont été faits par la firme d'actuaire internationale Milliman and Robertson. Les calculs d'économies sont fondés sur des données canadiennes.

2 Rien n'interdirait que les fonds servant à alimenter la caisse de chacun proviennent de l'épargne de chaque individu ou de chaque famille et servent à bâtir un fonds d'épargne santé non imposable, semblable aux régimes actuels de fonds enregistrés d'épargne retraite. Il se pourrait dès lors que la contribution soit interprétée comme une forme de tarification susceptible d'entrer en conflit avec la *Loi canadienne sur la santé*.

Évaluation

La dimension essentielle de cet aménagement est que le fonds appartient à l'individu et qu'ainsi il est le bénéficiaire ultime de la parcimonie avec laquelle il aurait géré son fonds de santé ou son crédit d'impôt. Inutile de préciser que cette forme de partage des coûts peut facilement s'adapter aux contraintes des individus à faible revenu, puisque la franchise peut être réglée sur le revenu des familles.

Avec le temps et grâce aux incitations qui s'exerceraient sur les usagers, le grand nombre réaliseraient un solde positif à leur compte, particulièrement ceux qui y trouveraient une raison supplémentaire de prendre meilleur soin de leur santé. L'économie qui s'ensuivrait pourrait être partagée entre le trésor public et la famille parcimonieuse. À mesure que le jeu des incitations sur les usagers et les offreurs comprimerait les budgets, l'allocation annuelle déclinerait donc, pour produire des économies de l'ordre de 6 milliards de dollars au Canada (Consumer Policy Institute 2000). Reuber et Poschmann (2002) adoptent l'hypothèse d'un crédit d'impôt égal à la moitié du budget de santé moyen par famille (p. 20). (Rappelons que cette variante équivaut dans leur calcul à l'implantation d'un fonds d'épargne santé.) Globalement ils estiment à 5,5 % la baisse de consommation de services qui s'ensuivrait en Ontario et en Alberta, représentant une économie fiscale de quelque 60 \$ par famille dans ces provinces (Tableau 1, p. 25).

L'aménagement élargirait le choix de services pour l'ensemble des familles, tout en suscitant d'importantes économies. Le dossier Rand et les estimations qu'on a de l'élasticité de la demande (Reuber et Poschmann 2002, p. 5) garantissent que, contrairement aux craintes des critiques, le souci d'économiser par les consommateurs ne susciterait pas la sous-utilisation des services, mais plutôt son optimisation. La formule offre la possibilité de sauvegarder l'universalité du régime, tout en maintenant la sensibilité aux préférences des usagers et la soumission aux règles du marché. En même temps, l'accessibilité générale qu'elle garantit protège le trésor public contre le risque concevable de faillite.

Dans leur survol de la question des caisses individuelles d'épargne santé, Donaldson, Currie et Mitton (2001, p. 18-19) font état de l'impact minime sur les budgets globaux de santé. Dans l'ensemble, les auteurs mettent en doute le rôle déterminant du consommateur dans la demande de services et donc le degré de surconsommation propre aux régimes de gratuité (y compris la formule d'assurance privée traditionnelle). Ces analystes ne manquent pas de concevoir des limites à la formule et de souligner l'opportunité de procéder par expérimentation. On ne saurait s'opposer à la sagesse de cette consigne. La signification de la formule dépendrait, bien sûr, des modalités de son application. Les études empiriques canadiennes (Aba, Goodman et Mintz 2002, ainsi que Reuber et Poschmann 2002) peignent un tableau plus positif de l'impact auquel on peut s'attendre.

Le coût administratif initial principal de la formule serait l'obligation d'établir une comptabilité méthodique du coût unitaire des services, ceux des hôpitaux publics en particulier. Ces données n'existent pas en général, sauf en ce qui a trait aux services des médecins. Les actuaires associent souvent la caisse d'épargne santé à l'émission d'une carte de débit électronique, qui permette à chacun de savoir avec précision le montant dont il dispose pendant l'année courante et aussi les sommes qu'il aurait d'investies à partir des économies d'années

antérieures. La carte de débit faciliterait en même temps le calcul du coût de chaque patient dont, en particulier, les coûts des patients dotés d'une piètre santé. Car dans le cas particulier de ces derniers, l'allocation devrait aussi être suffisante pour leur permettre de réaliser le même type d'économies que le reste de la population (une année sur trois, selon le calcul des actuaires). Autrement, ils n'éprouveraient aucune incitation à gérer sagement leur fonds, comme par exemple de visiter le médecin général plutôt que l'urgence, ou de modifier leur style de vie en matière d'alcool, de cigarette ou d'exercice physique.

C'est dans les couches de population les moins fortunées que la formule est le plus populaire (70 % parmi ceux qui gagnent moins de 30 000 \$ par année). La faveur dont jouit le concept chez les moins à l'aise découle du gain que ces couches sociales lui associent en matière de relation patient-médecin (Solomon 2002). Les gens à faible revenu sont moins à l'aise avec le médecin, parce qu'ils ont le sentiment de ne pas attirer l'attention qu'ils méritent, parce qu'ils se sentent en relation de dépendance. La caisse d'épargne santé leur offrirait la possibilité d'établir une relation plus égalitaire avec le médecin. De plus, la formule leur donnerait le pouvoir d'avoir accès aux médicaments et autres services que le régime actuel exclut.

Le principe des caisses d'épargne santé (ou du crédit fiscal) est généralement associé à la meilleure expression de la demande, en ce qu'il suscite des incitations à l'économie chez les usagers. En réalité, il insère la dynamique marchande dans le calcul de tous les agents, même à l'intérieur d'un régime de financement public. Les offreurs de services publics et privés, dont les médecins, ainsi que les hôpitaux et autres unités de services, recevraient leur financement des patients, mais indirectement du gouvernement. En ce sens, la formule offre l'avantage de ré-introduire la concurrence et de rendre les offreurs responsables auprès de ceux qui importent, les patients-consommateurs. Elle influe sur l'offre tout autant que sur la demande. Comme le confirme l'opposition irraisonnée des syndicats du secteur public à cet aménagement, l'un des bienfaits indirects de la formule serait de circonscrire le pouvoir des groupes d'intérêt syndiqués.

En sous-produit, l'économie générale et la croissance y gagneraient, en ce que le taux d'épargne augmenterait. Cette heureuse incidence ne découlerait pas du seul allègement fiscal, mais de ce qu'à mesure que les *baby boomers* atteindraient l'âge de forte consommation, ils seraient spontanément amenés à prévoir une allocation grandissante à ce poste. On doit même prévoir que le régime évoluerait tout naturellement au détriment des soins intensifs et en faveur des soins aux plus âgés, en faveur des soins à domicile.

Expérimentation

La formule s'avère répandue dans des économies aussi diverses que Singapour, la Chine, l'Afrique du Sud et les États-Unis. Les Américains ont déjà amorcé des expériences de cette formule à la fois au niveau public et au niveau des entreprises. Elle a servi à réconcilier une large fraction des employés américains avec la grande révolution institutionnelle qu'a été la *managed care*, que le théoricien Richard Epstein qualifie de plus grande révolution institutionnelle du XX^e siècle dans le domaine médical (Epstein 1997). Le *managed care* a été créé spécifiquement pour freiner les dépenses de santé et pour offrir l'assurance santé à moindre coût. Sa vertu tient du fait

d'être parvenu à intégrer dans une même démarche la production de services et l'assurance santé tout en sauvegardant la concurrence (Dranove 2000).

L'évolution récente aux États-Unis révèle cependant que le *managed care* seul ne réussit plus aussi bien à freiner la montée des coûts. Les médicaments d'ordonnance font désormais partie des plans d'assurance des entreprises. Le *backlash* des consommateurs contre les contraintes imposées par la formule ont amené les employeurs à relâcher certaines d'entre elles.

En réaction à cette évolution, un nombre grandissant d'employeurs américains ont introduit une formule qui confère aux employés une plus large responsabilité envers le type de services qu'ils consommeront et leur financement. On donne à cette formule le nom d'assurance santé à « bénéfices définis », mais elle s'assimile de près aux caisses individuelles d'épargne santé. L'employeur verse à l'employé, disons, 1 000 \$ (2 000 \$ s'il a des dépendants), dans un compte de soins personnels (*Medisave*). L'employé puise dans ce fonds pour régler ses dépenses régulières de soins. Au-delà de 1 000 \$ et jusqu'à disons 1 500 \$, les déboursés sont assumés par l'employé lui-même. Par la suite, l'excédent de 1 500 \$ est pris en charge par l'assurance catastrophe. L'une des caractéristiques de la formule est que toute somme non dépensée est reportée à une année ultérieure et peut servir à couvrir la franchise. Les sociétés qui ont eu recours à cette formule ont connu la stabilisation, souvent même la compression, de leurs frais d'assurance, contrairement à leurs homologues régies par l'assurance conventionnelle. Dans son dernier budget, le Président des États-Unis alloue 14 milliards de dollars à la promotion et au financement de cette formule sous forme d'exemptions fiscales aux individus qui la choisiraient.

Depuis au-delà de dix ans, la formule est en vigueur dans une petite île du Pacifique, à Singapour. Les résultats ne manquent pas d'être favorables si on en juge par la performance générale du régime. Personne dans ce pays n'est privé de soins. Les listes d'attente sont inconnues et les équipements les plus *high tech* sont universellement répandus. Le budget national de la santé, en pourcentage du PIB, ne dépasse guère le tiers de celui du Canada. Il faut dire à cet égard que le régime de Singapour est particulièrement exigeant : l'assurance catastrophe est laissée à l'initiative de l'utilisateur; il n'y a pas de plafond aux coûts assumés par l'utilisateur au-delà de l'allocation publique et le traitement de faveur réservé aux faibles revenus n'est pas automatique.

La formule est promise aux Albertains par leur Premier ministre, proposée dans les rapports Mazankowski et incorporée aux réflexions du commissaire Romanow.

VI. Compatibilité avec la *Loi canadienne sur la santé*

La rupture totale avec les dispositions de la *Loi canadienne sur la santé*, bien qu'en principe désirable, comporte des retombées politiques incalculables. La signification de la Loi est plus symbolique que contraignante. Tout premier ministre provincial craint les foudres de ses électeurs plus que les sanctions fédérales pour avoir enfreint l'une ou l'autre disposition de la Loi. De toute façon, la part fédérale des dépenses provinciales de santé ne dépasse plus guère les 15 %.

Pour la première fois dans les temps récents, l'opinion s'exprime, même de la bouche des porte-parole officiels dont celle de la Ministre de la Santé, en faveur d'une ré-interprétation du sens de la *Loi canadienne sur la santé*. Est-il possible qu'un mécanisme comme le prix, la concurrence et le choix du consommateur puisse se concilier avec les exigences de la Loi ? Le principe d'administration publique serait-il inconciliable avec la réinsertion de la concurrence entre les offreurs ?

En réalité, il semble bien que rien dans la Loi n'interdise aux provinces de pratiquer le *contracting-out* à des fournisseurs privés. L'aménagement actuel est explicitement fondé sur le principe de la production privée. En fait, ce principe est déjà largement incorporé à la pratique actuelle en matière de services de médecins, de services à domicile, de tests de laboratoire, de fournitures médicales et d'alimentation dans les institutions publiques. C'est le financement qui depuis les origines du régime public provient du trésor public. L'appel aux offreurs privés est donc généralisé. La présence d'un secteur privé constitue le statu quo. La production et le financement sont deux modalités distinctes. Ce qu'on vit au Canada, c'est largement la production privée et le financement public. La production privée à 100 % serait parfaitement légale à l'intérieur du régime en place.

D'autre part, l'interprétation (de la loi nationale) s'avère grandement élastique. Le Premier ministre de l'Alberta peut annoncer l'implantation de toutes les réformes incorporées au rapport Mazankowski, dont quelques-unes radicales, tout en jurant que ces mesures restent conciliables avec la *Loi canadienne sur la santé*. Son but ultime est de dissocier l'interprétation de la Loi de son auteur, le gouvernement fédéral. Il va même jusqu'à proposer l'institution d'un mécanisme fédéral-provincial d'interprétation, ce qui reviendrait à l'administration conjointe de la Loi. De son côté, le commissaire Romanow reconnaît que les cinq principes explicites de la loi actuelle sont allègrement enfreints dans les pratiques provinciales courantes.

L'implantation d'un régime de fonds d'épargne santé financé par le trésor public n'entre vraisemblablement pas en conflit avec les principes d'universalité, d'accessibilité, de portabilité ou d'administration publique, puisqu'il ne s'agit que de modalités de financement public destinées à susciter la conscience des coûts chez les usagers et les offreurs. Dans sa version financement par les fonds publics, elle ne prélève pas de tarifs directement sur les usagers.

Le prélèvement direct de tarifs pour services « médicalement nécessaires » (ou le financement des fonds d'épargne santé par les individus et les familles elles-mêmes) soulèverait sans doute des difficultés particulières en ce qui a trait au principe d'administration publique. Mais même cette formule laisse place à l'interprétation. Le fait est que les provinces ont

systématiquement procédé à ce recours dans le passé par le truchement indirect du délestage de services assurés. Nombre de provinces, dont l'Alberta, promettent de s'engager plus avant dans cette voie. En fait la Loi ne définit nulle part la notion d'intégralité.

VII. Conclusion

Les deux principaux déterminants du budget de santé au XX^e siècle ont été la poussée du nombre de personnes d'âge avancé et l'avance explosive des technologies médicales. Le rôle de ces deux variables n'est manifestement pas appelé à diminuer. Or l'expérience universelle confirme que là où on offre gratuitement à tous des ressources rares, le système finit par s'effondrer. On l'a observé dans les pêcheries, dans les rues et les routes aux heures de pointe. Aujourd'hui, c'est au tour du régime de santé de flancher sous le coup des abus inhérents au système.

L'histoire et l'analyse offrent deux fondements à cette interprétation. D'abord le souci de redonner à l'usager la liberté de choisir la composition et la qualité des soins qui lui conviennent, plutôt que de conférer cette tâche à l'appareil politico-bureaucratique. À cet égard, la concurrence est la seule garantie que les incitations de toutes les parties donneront lieu à la production de services au coût minimum possible.

Deuxième fondement : le mécanisme politique ne dispose pas de l'information dont dispose le marché pour exercer la tâche d'aménager l'industrie de la santé. Même dotée d'une information parfaite, l'intervention publique est inévitablement biaisée par la domination des groupes d'intérêt, fussent-ils majoritaires. Aucun appel au dépassement managérial ne saurait nous protéger contre cette pathologie de la logique politique. L'ensemble des interventions publiques, sous-tendu par le postulat fragile et louche du droit à la santé, menace le bien-être de ceux même qu'il prétend protéger. L'assurance inconditionnelle d'obtenir les soins, y compris pour les plus fortunés, favorise l'adoption de comportements malsains et gonfle les coûts. Ce sont ultimement les jeunes, les personnes responsables et les gens en santé qui écopent du fardeau en taxes écrasantes. En alourdissant le fardeau fiscal pour tous, la médecine étatique ralentit la croissance à long terme, qui historiquement est à l'origine de l'amélioration de la santé générale, particulièrement chez les moins fortunés d'entre nous.

Compte tenu de l'analyse et de l'histoire récente, le choix du consommateur ne saurait être rétabli sans l'implantation d'une forme quelconque de fonds individuel d'épargne santé (ou son équivalent fiscal). Combinée à une forme de *managed care*, qui intègre à la fois l'assurance santé et la production de services raisonnables, la caisse d'épargne santé (ou le crédit d'impôt) est à la fois le plus équitable et le moins arbitraire des aménagements concevables.

Références

- Aba, Shay, Wolfe D. Goodman et Jack M. Mintz. 2002. *Funding Public Provision of Private Health: The Case for a Copayment Contribution through the Tax System*. C. D. Howe Institute Commentary 163, Toronto.
- Blendon, Robert. 2000. Harvard School of Public Health. Étude condensée dans *The National Post*, 12 octobre 2000, p. A1.
- Canada. Sénat. 2002. Rapport intérimaire du Comité sénatorial permanent des Affaires sociales, des sciences et de la technologie. Vol. trois : *Les systèmes de soins de santé dans d'autres pays*. Ottawa, janvier.
- Canadian Institute for Health Information. 2001. *Health Care in Canada 2000*. Ottawa.
- Coffey, J. E. et Jacques Chaoulli. 2000. *Le choix privé universel*, Institut économique de Montréal, Montréal, septembre, p. 9-12.
- Consumer Policy Institute. 2000. *Feasibility of Health Care Allowances in Canada*. Toronto.
- Donaldson, Cam, Gillian Currie et Craig Mitton. 2001. *Integrating Canada's Dis-Integrated Health Care System: Lessons from Abroad*, C. D. Howe Institute, Toronto.
- Donaldson, Cam, Craig Mitton et Gillian Currie. Janvier 2002. *Managing Medicare*. C. D. Howe Institute, . Toronto.
- Dranove, D. 2000. *The Economic Evolution of American Health Care*. Princeton.
- Eichner, M. 1997. *Incentives, Price Expectations and Medical Expenditures*. Columbia University Business School, New York.
- Epple, D. et R. E. Romano. 1996. Public Provision of Private Goods. *Journal of Political Economy* 104(1), 57-84.
- Epstein, Richard A. 1997. *Mortal Peril*. Addison-Wesley, New York.
- Esmail, Nadeem. 2002. Labour Costs in the Hospital Sector Revisited. *The Fraser Forum*, janvier, p. 31-32.
- MacIntosh, Robert. 28 juillet 2000. Use Prices to Fix Health Care. *Financial Post*, p. C15.
- Mackenbach, P. 2002. Income Inequality and Population Health. *British Medical Journal*, 5 janvier.
- Maclean's*/Global Poll. 18 décembre 2000. *National Post*, p. A1.
- Manning, W. G. et coll. 1987. Health Insurance and the Demand for Medical Care: Evidence from a Randomized Experiment. *American Economic Review* 77, 251-277.
- McArthur, William. 28 janvier 2000. *The Wall Street Journal*, p. A19.

- McMahon, F. et M. Zelder. 2002. *Making Health Spending Work*, dans l'ouvrage publié sous la direction de David Gratzer, *Better Medicine: Reforming Canadian Health Care*. ECW Press, Toronto.
- Migué, J.-L. 2001. *Le monopole de la santé au banc des accusés*. Éditions Varia, Montréal, p. 47-61.
- National Post*. 28 octobre 1999. Heart Attacks More Likely to Kill Poor People, p. A1. (Condensé d'une étude du *New England Journal of Medicine*)
- Newhouse, J. P. et The Insurance Experiment Group. 1993. *Free for All? Lessons from the Rand Health Insurance Experiment*. Harvard University Press, Cambridge.
- North American Association of Central Cancer Registries. 2001. *Report Card 2000*. Springfield, Ill.
- Organisation de coopération et de développement économiques. 2001. *OECD Health Data 2001: a Comparative Analysis of 29 Countries*. OCDE, Paris.
- _____. Juin 2001. *Economic Outlook*. OCDE, Paris.
- Reuber, Grant L. et Finn Poschmann. 2002. « Increasing Patient Incentives to Improve the Financial Stability of the Health Care System ». Texte présenté à une table ronde, C. D. Howe Institute, Toronto.
- Robson, William. 2001. *Will the Baby Boomers Bust the Health Budget?* The C. D. Howe Institute, Toronto.
- Solomon, L. 12 février 2002. Medical Savings Accounts Would Benefit All Canadians. *The Financial Post*, FP15.
- _____. 4 juillet 1998. Empowerment to the People, *The Globe & Mail*, p. D6.
- Statistique Canada. 2001. *National Population Health Survey 1994-95*. Ottawa.
- Walker, M. et G. Wilson. 2001. *Waiting Your Turn: Hospital Waiting Lists in Canada (11th ed)*. The Fraser Institute, Vancouver.
- Zelder, Martin. Août 2000. The Myth of Underfunded Medicare in Canada, *The Fraser Forum*.

Entrevues

- Romanow, R., commissaire, Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada. 7 février 2002. Medicare : My Thoughts So Far. *National Post*, A16.
- _____. 7 février 2002. Money alone not the answer. *National Post*, A4.